FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1967 N° 349

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

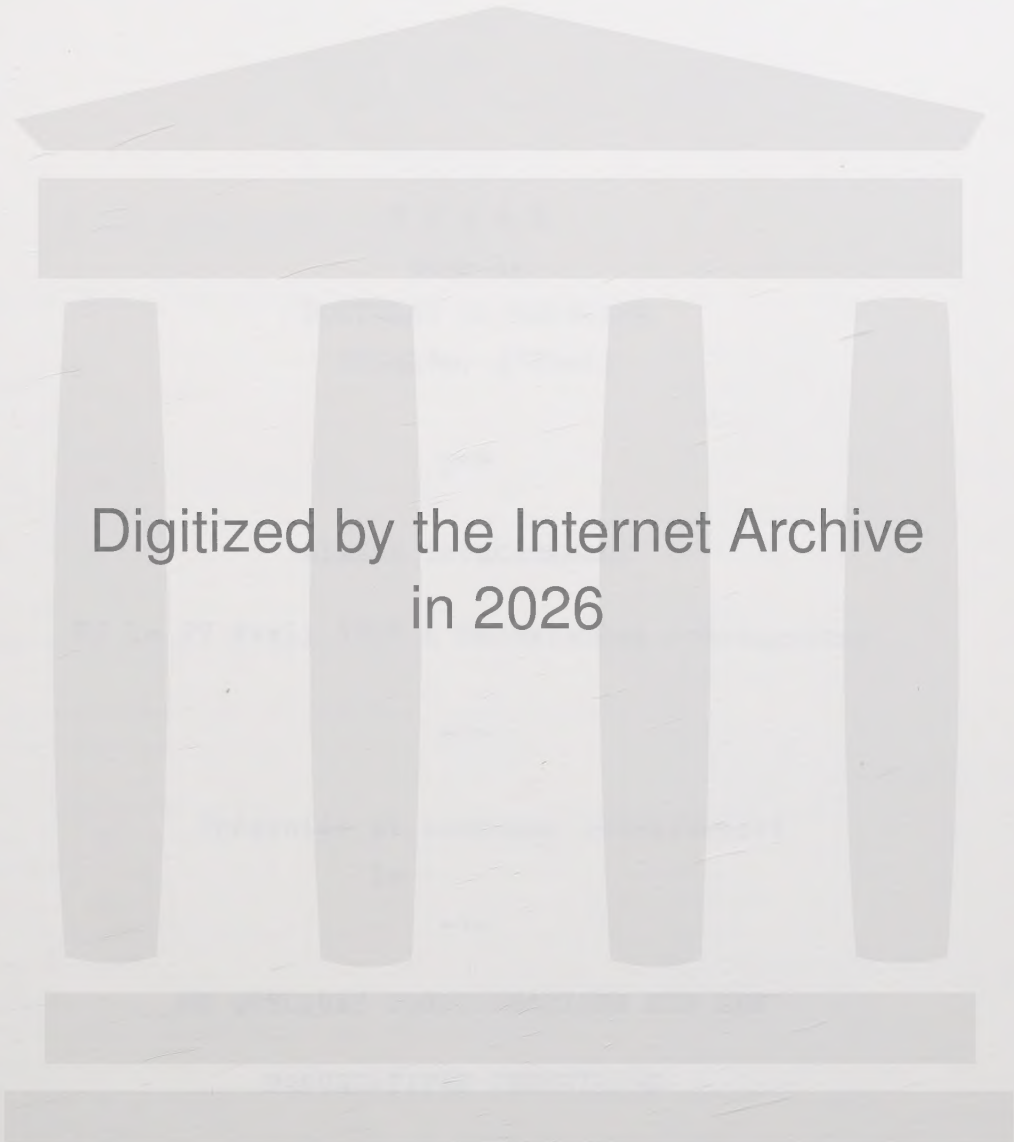
PAR

Albert RABENANAHARY
Né le 27 Avril 1927 à Maevatanana (Madagascar)

Présentée et soutenue publiquement
le 13 MAI 1967

DE QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LES PANCRÉATITES CHRONIQUES

Président de Thèse : Monsieur L. LEGER (Professeur)


Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550007_0011

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1967 N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Albert RABENANAHARY

Né le 27 Avril 1927 à Maevatanàna - Madagascar

-:-

Présentée et soutenue publiquement

le

-:-

DE QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LES PANCREATITES CHRONIQUES

-:-

Président de Thèse: Monsieur L. LEGER (Professeur)

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BINET (L), BULLIARD (H), CATHALA (J), CHABROL (E), CHAILLEY-BERT (P), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GAUDART d'ALLAINES (F. de), GENNES (L. de), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LAROCHE (G), LAVIER (G), LELONG (M), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MARCHAL (G), MATHIEU (P), MONOD (R), MOREAU (R), MOULONGET (P), PASTEUR VALLERY-RADOT (P), PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELEVRE (R), QUENU (J), RENARD (G), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J).

DOYEN.....M. BROUET (G)

1er ASSESSEUR.....M. BARGETON (D)
2e ASSESSEUR.....M. GOSSET (J)

I - PROFESSEUR

I° - CHAIRE DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires: MM.

Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	VOURC'H (G)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Biophysique médicale	BUGNARD (L) / DOGNON (A) / DJOURNO (A)
Cancérologie médicale et sociale	N...
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT (L)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.) / BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J) / LEVY (Mlle J)
Physiologie	PARROT (J) / BARGETON (D)

MM.

Physiologie et pathologie obstétricale.....LEPAGE (F)
Radiologie médicale.....DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale.....CAUCHOIX (J)
Thérapeutique.....CONTE (M)
Thérapeutique appliquée.....LAMOTTE (M)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique.....OLIVIER (G)
Anatomie pathologique.....NEZELOFF (Ch.)
Bactériologie.....BARBIER (P)
Biochimie médicale.....(DESGREZ (P)
(DREYFUS (J. Cl.)
(POLONOVSKI (J)
Biologie médicale.....BOURLIERE (F)
Histologie.....COUJARD (R)
Pathologie expérimentale.....LOEPER (J)
Physiologie.....(DEJOURS (P)
(SCHERRER (J)
Physique médicale.....(KELLERSHOHN (L)
(GOUGEROT (L)
Radiologie médicale.....FISCHGOLD (H)

2° - CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires: MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker).....REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais).....(SOULIE (P)
(LENEGRE (J)
Cliniques chirurgicales.....(Beaujon.....LORTAT-JACOB (J.L.)
(Cochin.....LEGER (L)
(Hôtel-Dieu.....PATEL (J)
(Saint-Antoine.....GOSSET (J)
(Salpêtrière.....SICARD (A)
(Tenon.....OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malade).....FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin.....MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais).....DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec).....MATHEY (J)
Clinique dermatologique.....DUPERRAT (F)
Clinique endocrinologique (Pitié).....DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)....LAMY (M)

MM.

Clinique gynécologique (Broca).....HUGUIER (J)
Clinique des maladies cutanées et
syphilitiques (Saint-Louis).....DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants
(Enfants Malades).....TURPIN (R)
Clinique des Maladies infectieuses(Claude Bernard).MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encé-
phale (Sainte Anne).....DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker).....HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais).....BERNARD (J)
Clinique des maladies du système nerveux
(Salpétrière).....CASTAIGNE (P)

Cliniques médicales.....
(Bicêtre.....DEPARIS (M)
(Broussais.....MILLIEZ (P)
(Saint-Antoine.....BOUDIN (G)
(Cochin.....BROUET (G)
(Hôtel-Dieu.....BARIETY (M)
(Lariboisière.....SEZE (S. de)
(Pitié.....DREYFUS (G)
(Saint-Antoine.....KOURILSKY (R)

Cliniques médicale d'hydrologie thérapeutique
et climatologique (Bichat).....DEBRAY (C)
Clinique médecine infantile et pédiatrie sociale....MARIE (J)
Clinique médicale propédeutique (Broussais).....JUSTIN-BESANCON (L)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et
des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu).....DEROT (M)
Clinique neuro-chirurgie.(Pitié).....DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpétrière).....GARCIN (R)

Cliniques obstétricales.....
(Baudelocque.....LACOMME (M)
(Foch (Suresnes).....MERGER (R)

Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal).VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu).....OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)....AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture
(Saint Vincent de Paul).....THIEFFRY (S)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec).....BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpétrière)MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale
(Cochin).....COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié).....DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard).....ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine).....LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique.....GAULTIER (M)

Clinique urologique.....
(ABOULKER (P)
(COUVELAIRE (R)

MM.

Clin. chirurg. orth. et traumatologique.....PADOVANI (P)
Hygiène et clinique de la première enfance.....LAPLANE (R)
Séméiologie médicale.....(A. Chanti.....DOMART (A)
(Pitié.....RAMBERT (P)
(Rothschild.....WOLFROMM (R)
Séméiologie et clinique chirurgicales.....POILLEUX (F)
Séméiologie traumatique et orthopédique.....JUDET (R)

b) Professeurs à titre personnel

Hématologie.....(ANDRE (R)
(BOUSSER (J)
Hydrologie et climatologie.....GIBERTON (A)
Maladies infectieuses.....BASTIN (R)
Médecine.....(AZERAD (E)
(BOUR (H)
(GROSSIORD (A)
(LAMBLING (A)
(PEQUIGNOT (H)
(PERRAULT (M)
(SIGUIER (F)
(WORMS (R)
Neurologie.....LHERMITTE (F)
Neuro-psychiatrie.....PICHOT (P)
Oto-rhino-laryngologie.....MADURO (R)
Pneumo-phtisiologie.....(KREIS (B)
(MEYER (A)
Rhumatologie.....DELBARRE (F)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie.....CABROL (C)
Anatomie pathologique.....GOUYGOU (Ch)m.conf.
Bactériologie.....CHRISTOL (D)
Biochimie médicale.....(CARTIER (P)
(pr.s.ch.
(GONNARD (P)
Biologie médicale.....HARTMANN (L)
Physique médicale.....(GREMY (F)
(pr.s.ch.
(ROUCAYROL (J.C.)
(pr.s.ch.

III - PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.....HAUDUROY (P)
Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale.....RUDLER (J)
Pr.s.ch.

Secrétaire Général de la Faculté.....M. LENA (J)
Conseillers administratifs.....(Mlle CHAINTREUIL (G)
(M. FAYE (R)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine
... M. le Docteur HAHN (A)

Conservateurs.....Mlles...(DUMAITRE (P)
(LE NOIR (G)
(QUIEVREUX (E)

Bibliothécaires.....(Mmes CONTET (J), FORGET (F)
(Mlles DUROZOY (M.F.), LAURENT (H)
(Dr. SCHILLER (J)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

- oOo -

A ma regrettée Mère

Dont la disparition prématurée ne cesse de hanter mon corps et mon esprit, surtout en ce moment crucial de ma vie où j'aurais tant aimé que Ma Mère soit là.

A mon cher Père

Toute ma reconnaissance et ma tendresse infinie

Eux qui n'ont connu qu'une trop modeste instruction, ne parlant même pas la langue de Chateaubriand et de Victor Hugo, ont voulu prendre leur revanche sur le sort, en me poussant, avec tout leur courage, leur persévérance, leur abnégation, à poursuivre cette Carrière Médicale.

A ma femme

A mes enfants: Harry, Laody, Gà, Belle

Tout mon amour, toute mon affection

Ils ont été pour moi l'objet d'un grand réconfort de tous les instants

A mes beaux-parents

A notre famille

Toute mon affection

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur L. LEGER

Professeur de la Clinique Chirurgicale
de l'Hôpital Cochin

Membre de l'Académie de Chirurgie

Officier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse
bien que nous n'ayons pas le privilège
d'être un de ses anciens élèves

Qu'il trouve ici l'expression de notre
reconnaissance et nos remerciements

A mes anciens Maîtres de l'Ecole de Médecine de Tananarive
(Madagascar)

Qui ont guidé nos premiers pas

A Monsieur le Professeur PAYET

Professeur de Pathologie Médicale

A Monsieur le Professeur RABOISSON

Ancien Directeur de l'Ecole de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux
Professeur d'Anatomie et de Médecine Opératoire

A Monsieur le Professeur TOUZIN

Directeur de l'Ecole de Médecine
Professeur de Pathologie Médicale

Au Docteur Jea FUS

Notre regretté Maître de Conférence de Clinique chirurgicale et professeur de Pathologie chirurgicale

Chef des services chirurgicaux de l'Hôpital de BEFELATANANA (Tananarive)

Qui par sa compétence, son dévouement envers mes compatriotes malades, a gagné l'estime du peuple Malgache, et a contribué à notre formation technique

Nous sommes fiers d'être de ses internes

Aux Docteurs VERNE

JOURNE

Hommage respectueux et reconnaissant

A mes Maîtres et Chefs de Service dans les Hôpitaux où j'ai servi comme faisant fonction

d'Interne Actif

A Monsieur le Docteur LEANDRI

Ancien Chef de Clinique Chirurgicale
Chirurgien-Chef de l'Hôpital de Sèvres

Qui nous a guidé dans l'accomplissement de cette thèse

Qui nous prodigue tous les jours de ses merveilleux conseils et de sa haute conscience

Nos respectueux remerciements

Hôpital de Villeneuve Saint-Georges:

MM. le Professeur Agrégé BARBET - Pédiatrie

le Docteur ABAZA - Cardiologie
Chef de Service de Médecine

Qui allie une grande bonté et un grand savoir à une humanisme communicatif

le Docteur CLEMENT
Chef de Service de Radiologie

Hommage respectueux et reconnaissant.

Hôpital d'Orsay:

MM. le Docteur Ernest ALBERT
Chirurgien des Hôpitaux de la Seine
Chirurgien-chef de l'Hôpital d'Orsay
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a guidé dans notre formation chirurgicale par ses précieux conseils et son enseignement

Nous n'oublierons jamais sa bienveillance à notre égard

Toute notre reconnaissance et hommage respectueux

le Docteur CORSON
Chirurgien suppléant

Qui a contribué à notre formation chirurgicale

le Docteur LEGAL

Pour son heureux concours dans notre formation

A mes Professeurs, Conférenciers, Prosecteurs
à l'Amphithéâtre d'Anatomie de Paris

Qui nous ont guidé dans l'étude
des techniques chirurgicales

Toute notre reconnaissance

A tous mes Amis

DE QUELQUES CONSIDERATIONS

SUR LES PANCREATITES CHRONIQUES

-:-

AVANT PROPOS

-:-

Reconnue depuis le XIXe siècle, la pancréatite chronique demeure encore aujourd'hui, par certains aspects, encore inconnue. Le diagnostic n'est souvent porté qu'à un stade avancé de la maladie, alors que la sclérose est venue signer là irréversiblement des lésions.

Le cri de DIEULAFOY: 'il faut penser au pancréas" demeure toujours d'actualité. En effet, trop souvent, on ne pense au pancréas qu'après avoir traité et radiographié tous les organes sus-mésocoliques. Peut-être bientôt saurons-nous reconnaître les pancréatites chroniques au stade de lésions fonctionnelles et sera-t-il possible, par un traitement judicieux, de les guérir parfaitement et totalement.

Nous n'en sommes pas encore là si l'on se souvient que l'unicité même de la maladie est niée par la plupart des auteurs et que la pathogénie demeure incomplètement élucidée.

OBSERVATIONS

-:-

Observation N° 1

Mr. D... Paul, 38 ans.

Il s'agit là d'une observation que nous n'avons pu suivre personnellement, mais qu'il nous a paru interessant de rapporter.

Mr. D... était fréquemment sujet à des brûlures épigastriques capricieuses, s'accompagnant d'une intolérance très marquée aux graisses. Ce sujet n'avait aucun passé éthylique et était sobre.

Brusquement, en Octobre 1955, l'apparition d'un état plus ou moins sunocclusif motive l'hospitalisation du malade dans un service de chirurgie générale. Là, le diagnostic fut rectifié et on pense à une affection d'origine urinaire. Une U.I.V. fut pratiquée mais qui se révéla normale. Tout au long de l'année 1956, le malade se plaint à son médecin de souffrir en ressentant des douleurs modérées du flanc gauche et de l'épigastre, diffusant à tout l'abdomen. Ces douleurs survenaient

par crises et duraientune heure environ. On assistait à leur réapparition environ tous les deux mois. Plus tard. ces douleurs survinrent par crises de plus en plus violentes, et suivant les cas, présentèrent des irradiations en arrière ou en direction de l'épaule gauche, obligeant notre malade à se plier en deux. Durant cette même période, il a été noté que l'amaigrissement progressif atteignit 10 kgs. En Novembre 1956, une nouvelle hospitalisation se produit: on évoque alors la possibilité du diagnostic de pancréatite chronique. En effet, il existe un discret arrondissement du cadre duodénal. On pratique une épreuve d'hyperglycémie provoquée qui donne les chiffres suivants: 1,08 g. avant glucose, 1,98 g. à la 120e minute, 0,84 g. à la 180e minute. L'examen radiologique ne permet pas de mettre en évidence des calcifications pancréatiques. On pratique une radiographie des voies biliaires qui ne montre pas d'anomalie. Un examen radiologique après lavement baryté est également demandé: là encore, résultat négatif. La recherche de l'acidité libre du suc gastrique montre que, pour un volume quotidien de 200 ml. l'acidité libre est de 1,50.

Une recherche des porphyrines urinaires fut également demandée et se révéla aussi négative.

Par contre, les clichés radiologiques de la région duodénale montrèrent qu'il existait une duodénite, évoquée devant

l'aspect irrégulier des plis de D1 et D2. On met le malade au traitement au buscopan, vagolytique; les crises douloureuses apparaissent à nouveau, sept mois plus tard, alors même que le malade est soumis à l'action de ce vagolytique, c'est-à-dire après un repit temporaire. Le malade est alors confié à une équipe chirurgicale entraînée et on découvre alors une pancréatite. A la laparotomie, le pancréas apparaît normal, mais induré dans son ensemble; une tentative de ponction de Wirsung n'aboutit pas. La cathétérisme descendant du Wirsung butte sur un obstacle; le Wirsung est incisé sur la face antérieure du pancréas dans le but de franchir l'obstacle. On pratique une pancréatico-jéjunostomie. L'examen microscopique du fragment pancréatique, confié à un anatomo-pathologiste, montre une sclérose pancréatique avancée, typique d'une pancréatite d'amont. Autour des canaux dilatés, les acini ne sont plus représentées que par de petits groupes de regression circulaire et de larges et nombreuses plages néo-langerhansiennes. Les lésions nerveuses avec hyperplasie des fibres et turgescence des cellules sympathiques sont considérables.

Le pédicule splénique est normal. L'examen de la rate montre que la capsule est à peine épaissie, mais que les travées sont très scléreuses et l'épaississement des cordons scléreux accentué. Il est trouvé un petit foyer d'infarctus et de nombreuses suffusions hémorragiques. D'une façon générale, cette rate a un aspect congestif. La pulpe blanche

et la population en cellules libres sont normales. Après l'intervention chirurgicale, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée donnait les résultats suivants:

- avant glucose: 1,15 g.
- au bout d'une heure: 1,80 g.
au bout de 2 heures: 1,32 g.

Les nouveaux clichés gastro-duodénaux pratiqués étaient identiques aux précédents avec duodénite.

EN CONCLUSION - Il s'agit d'un malade de 38 ans qui avait présenté de violentes crises douloureuses abdominales, d'ailleurs très variables, accompagnées d'un amaigrissement important. Deux ans après, l'intervention chirurgicale permet la découverte opératoire d'une pancréatite qui a été soupçonnée cependant antérieurement devant des modofications du duodénum et une épreuve d'hyperglycémie provoquée anormale; le malade subit une spléno-pancréatéctomie gauche et une pancréato-jéjunostomie. Après l'intervention, les crises douloureuses cessèrent.

-:-

OBSERVATION N° 2

LU... Jacques, 50 ans.

Il s'agit d'un malade adressé dans un service chirurgical spécialisé pour pancréatite chronique lithiasique (Hôpital de Sèvres).

Depuis 4 ans, il présente des douleurs épigastriques et de l'hypocondre droit, sans irradiation nette, sans horaire précis, survenant au début par périodes de 1 à 6 mois. Les crises se sont rapprochées jusqu'à devenir continues depuis 6 mois avec des paroxysmes.

Novembre 1959: douleurs quotidiennes,
amaigrissement progressif

A l'examen, pas de signe de Mallet-Guy, rate palpable.

Radiographie gastro-duodénale: élargissement du cadre duodénal, petites calcifications latéro-rachidiennes droites dans la région de la tête du pancréas: vésicule normale.

Spléno-portographie normale: P 10 cm

L'épreuve d'hyperglycémie objective une remontée incomplète et lente. Amylacémie: 360 U.S. amylasurie: 255 U.W.

Intervention le 1er Mars 1962: pancréas augmenté de volume

et de consistance ligneuse sur la totalité de son étendue. Pancréatectomie gauche. Sur la tranche de section à ce niveau, on rencontre une concrétion très dure. Recoupe du pancréas sur lequel on trouve le vrai Wirsung non dilaté. Le cathétérisme au stylet bute à 2 cm. On substitue au stylet un tube de polythène et on pratique une pancréatographie descendante. Le Wirsung céphalique est uniformément dilaté, présentant une courbure à la jonction du segment vertical et du segment horizontal. Aucun passage dans le duodénum sur aucun des 4 clichés.

Pancréato-jéjunostomie. L'examen anatomo-pathologique trouve une pancréatite chronique subaiguë avec les étapes successives de mutilation progressive du parenchyme. Les suites opératoires sont simples au début en dehors d'une poussée transitoire de la glycémie à 3 g. retombant rapidement à la normale spontanément. Mais constitution d'un abcès sous-phrénique avec atteinte pleurale. Défaillance de l'état général. Le malade est emmené par la famille.

°

OBSERVATION N° 3

Mr. AH... Lucien, 36 ans.

Février 1955: pancrétite aiguë ayant nécessité un drainage.

Depuis 1957, crises bimensuelles de douleurs épigastriques à irradiations dorsales. Fin 1962: hospitalisé, adressé à l'hôpital de Sèvres.

Radio de l'abdomen sans préparation: calcification diffuse du parenchyme pancréatique, prédominant au niveau de la tête où une colonne calculeuse verticale paraît bien répondre au canal de Wirsung bourré de calculs.

Spléno-portographie: mauvaise opacification de la jonction veine splénique - veine porte.

Biligraphie: pas d'opacification de la voie biliaire, grosse vésicule.

Glycémie: 1,80

Amylasémie: 245.

Intervention en Avril 1962:

- Duodénotomie,
- Cathétérisme pâpeux, issue de suc pancréatique grumeleux contenant des calculins.
- Pancréatographie rétrograde: de nombreux calculs se dessinent dans un Wirsung notablement dilaté.
- Sphinctérotomie: écoulement de liquide riche de concré-

tions calcaires. Extraction de nombreux calculs du Wirsung à la pince.

Drainage du Wirsung.

- Pancréatitographie post-opératoire: montre que l'on a procédé à l'ablation de la majorité des calculs.

- Suites opératoires: décès du malade quelques jours après l'intervention dans l'hyperthermie avec agitation.

Pièces d'autopsie: une sonde passée par le drain bute contre un obstacle qui se révèle être un calcul. Wirsung ouvert, dilaté et scléreux. L'obstacle est donc un calcul sur lequel se rétracte la paroi du canal. En avant, les canaux excréteurs sont dilatés, presque kystiques.

Histologie: sclérose très avancée du parenchyme pancréatique, maximum au niveau de la tête; les canaux secondaires contiennent des calculs. Au-dessus de l'obstacle, l'image est celle d'une pancréatite d'amont.

OBSERVATION N° 4 (rapportée par G. WAGNER, thèse de Paris),

F... Annie, 28 ans.

Histoire clinique: débute avec la découverte d'un diabète en Novembre 1960 (glycémie à 2,75; glycosurie: 70 g %). Traitée par régime et insuline, celui-ci s'aggrave en janvier 1961: corps cétoniques dans les urines, anesthénie intense, somnolence.

Hospitalisée en 1961 en vue d'équilibrer ce diabète, c'est en cours des examens complémentaires pratiqués à cette occasion que l'on va découvrir une lithiase pancréatique.

- Antécédents: en 1953, douleurs de l'hypocondre droit, mais sans fièvre, attribuées à la vésicule biliaire. La malade souffre par intermittence de l'épigastre: douleurs peu intenses, sans horaire précis, sans caractère défini.

Une cholécystographie montre une vésicule ronde, non lithiasique, se vidant bien, sans opacification de la voie principale. Le transit gastro-duodénal opacifie un estomac et un duodénum normaux, mais surtout fait découvrir une série de concrétions bien délimitées dans la région de la tête du pancréas et des canaux pancréatiques. D'autres concrétions se retrouvent dans la partie qui correspond à la queue du pancréas. Considérant alors l'évolution clinique grave de ce diabète, sa résistance relative à l'insuline et la relation probable avec une pancréatite chronique lithiasique, on estime opportun de procéder chez cette jeune femme à une intervention chirurgicale pancréatique et elle est alors adressée au chirurgien spécialiste.

Spléno-manométrie à 17

Spléno-portographie normale.

Intervention en Février 1962:

La totalité du pancréas présente dans son épaisseur des calculs que l'on sent de la dimension d'un pois et dont certains sont mobilisables sous le doigt à l'intérieur du canal de Wirsung

1 - Décollement duodéno-pancréatique: par la face postérieure, on pratique une pancréatotomie par laquelle on extrait toute une série de volumineux calculs qui répondraient vraisemblablement à la colonne lithiasique verticale observée au niveau de la tête.

2 - Puis, pancréatotomie gauche: la tranche de section isthmique montre un Wirsung de la taille d'un gros crayon. Et on extrait du segment céphalique plusieurs calculs volumineux. Une pancréatographie pratiquée de gauche à droite montre un Wirsung distendu de la dimension d'un doigt, mais aucun passage duodénal. Pancréato-jéjunostomie.

Histologiquement: sclérose importante avec disparition presque complète du pancréas exocrine. Par ailleurs, il existe des ilots de Langherans remaniés qui ne peuvent en aucun cas être encore fonctionnels et le nombre des ilots qui apparaîssent normaux se trouve extrêmement réduit.

Suites opératoires: troublées par un coma diabétique qui nécessite son admission à la Pitié dans un service spécialisé.

Suites ultérieures: disparition des douleurs, puis grosse amélioration du diabète.

-:-

LA DOULEUR PANCREATIQUE

-:-

Il est bien souvent difficile d'apprécier la fréquence réelle des affections pancréatiques chroniques, et il est certain que bon nombre d'entre elles restent inconnues, ce qui est surtout dû à l'incertitude des critères de diagnostic. Il est une éventualité clinique favorable lorsque la pancréatite chronique a été entrecoupée de crises aiguës, à condition encore que celles-ci aient été identifiées.

Dans la majorité des cas, on n'évoquera le diagnostic de pancréatite chronique qu'après de longues années d'évolution chez des sujets présentant des crises douloureuses, ou bien encore chez des dyspeptiques, porteurs des volumineux dossiers radiologiques, déroutant par leur importance et leur diversité, allant des clichés de l'estomac à ceux du colon sans omettre des radiographies répétées de la vésicule biliaire. Le plus navrant est que toutes ces explorations, ces examens cernent la lésion sans la déceler. Il est remarquable de constater de constater la fréquence avec laquelle ces malades ont subi plusieurs interventions chirurgicales qui ne les ont jamais soulagé complètement.

Il faut donc savoir, ce qui est loin d'être aiséinterpréter la douleur et HULET a écrit à ce propos: "c'est un effort de

comprendre la langue, et de faire comprendre la langue que parle le pancréas, qui a tant de choses à dire, et qui, presque tragiquement, n'est pas souvent compris".

En effet, on peut dire que le signe d'alarme de toutes les maladies du pancréas est la douleur. C'est en tout cas le signe le plus précoce et celui qui se prolongera le plus.

Typiquement, il s'agit d'une douleur siégeant:
- au creux épigastrique,
- ou dans la région sous-costale gauche.

Il existe de multiples irradiations:
- le dos, la région lombaire gauche,
- l'hémithorax gauche,
- parfois la taille entière (et à ce niveau la douleur s'accompagne d'oppression).
- vers la région rétrostérnale,
- le maxillaire inférieur,
- le bras gauche,
- la partie inférieure de l'abdomen.

Le début de la douleur est brusque, bien que dans nombre de cas le maximum d'intensité ne soit atteint qu'en un ou deux jours. Au début, il s'agit volontiers de crises douloureuses intermittentes, avec des rémissions longues, puis progressivement la douleur tend à devenir permanente avec des paroxysmes. La

douleur n'est pas rythmée par le repas. Quelquefois, elle dépend de la nourriture consommée. D'autres arguments viennent plaider en faveur de l'origine pancréatique essentiellement la longue durée de la crise et le peu d'efficacité de la morphine. On découvre parfois le malade prenant une position antalgique, telle la position assise avec flexion du tronc, les bras croisés sur l'abdomen.

La douleur pancréatique, si elle s'accompagne de vomissements, n'est nullement calmée par ceux-ci. Il existe de même fréquemment des troubles de la motilité intestinale.

Dans l'ensemble, on est frappé par les importantes fluctuations de cette douleur qui va du "calme plat à la fureur d'une tempête".

Cette douleur ne présente donc pas de caractère clinique bien tranché, et lorsque le contexte est discret, il peut être difficile de la distinguer des affections ulcéreuses gastro-duodénales et biliaires, d'autant que leur association ou leur succession est possible. Il existe des formes cardialgiques de la douleur pancréatique. Ce sont là des aspects de manifestations douloureuses au cours des pancréatites particulièrement très troublantes et qui posent des problèmes diagnostiques très difficiles. Il existe en effet des cas où la symptomatologie clinique se présente comme des manifestations d'angine de poi-

trine ou de crises hyperalgiques à type d'infarctus du myocarde.

Cette symptomatologie est soit prédominante, soit exclusive, sans manifestation abdominale, et pourtant l'intervention chirurgicale ou l'autopsie incriminaient de façon indiscutable le pancréas dans la génèse de ces troubles.

La douleur est relativement moins importante dans les formes non calcifiantes que dans les formes calcifiantes. Il existe des formes INDOLORES indiscutables.

La diversité d'évolution des scléroses pancréatiques non calcifiantes permet de distinguer un certain nombre de formes évolutives sur le plan algique:

- crises douloureuses internes, d'abord espacées (des mois, des années), puis se rapprochant par la suite:
- la douleur quotidienne pouvant âtre post-prandiale, mais rarement calmée par l'alimentation:
- début par ictère indolore, légèrement complet, mais plus rarement incomplet, mais invariable et définitif.
- Pyopancréatose aseptique cachectisante: douleurs quotidiennes ou séparées par de longs intervalles. L'intervention révèle la présence de pus aseptique dans un Wirsung très dilaté. La wirsungo-jéjunostomie fait disparaître les douleurs dans nombre de cas.

- Forme fébrile prolongée: fièvre régulièrement ondulante entre 39 et 40° pendant des années, évoquant la courbe de fièvre d'une mélitococcie. Douleur, évolution vers la cachexie.

-:-

CLINIQUE

-:-

LANCEREAUX avait déjà parfaitement décrit les signes qui doivent attirer l'attention sur le pancréas. Leur présence doit déclencher une enquête radiologique et biologique qui ménera au diagnostic. Aussi méritent-ils d'être bien connus.

A - La douleur:

C'est le plus souvent parce qu'il souffre que le malade vient de consulter. Certes, elle n'est pas constante et la littérature fourmille de pancréatites indolores. Néamoins, c'est elle qui est le signe unique majeur.

Elle est d'apparition brutale, rapidement à son acmé. La durée de cette douleur est variable de quelques minutes à quelques heures. La douleur se reproduit souvant pendant 2 à 3 jours, constituant une crise. Elle peut être rythmée par les repas, elle est alors souvent précoce. On insiste actuellement beaucoup sur le caractère de la crise déclenchée par l'ingestion d'alcool:

- Son intensité est variable mais souvent très intense, ne cédant pas aux antalgiques habituels, pouvant conduire à la toxicomanie (WARREN: 53 cas sur 160 pancréatites). MAHAVEDAN cite 2 cas de tentatives de suicide sur 17 lithisiaques pancréatiques.

Elles laissent souvent derrière elles un endolorissement épigastrique.

Sa localisation est variable: classiquement, elle siège dans l'hypocondre gauche. D'autres fois, elle est localisée à l'hypocondre droit et à l'épigastre. Les irradiations sont presque toujours dorsales, mais peuvent être ascendantes ou en ceinture. On a décrit des douleurs simulant l'infarctus du myocarde, mais alors l'E.C.C. est normal (LEGR et BRUNET).

L'attitude antalgique est typique; elle est réalisée par la fléxion du tronc et des cuisses, jambes repliées. Elle réalise, quand le malade est au sol, l'attitude de la "prière mahométane".

La pathogénie de la douleur est discutée: tension intracapsulaire du parenchyme oedématié, englobement et inflammation des filets nerveux par la pancréatite, enfin distension canalaire. Il est d'ailleurs probable que, pour un organe aussi serré dans sa capsule que le pancréas, la distension canalaire amène une tension de la capsule.

B - <u>L'amaigrissement</u>:

Il est très fréquent, trouvé 150 fois sur 160 pour WARREN. Il est souvent très important, plusieurs des malades ayant perdu

15 kg. et plus. Il est contemporain des drises douloureuses, prenant l'aspect "en dent de scie". Les causes de cet amaigrissement sont multiples: inappétence lors des crises douloureuses, crainte de déclencher la douleur, défauts de digestion liés au déficit pancréatique externe.

C - L'ICTERE:

Il s'agit soit d'un ictère prolongé, foncé, accompagné de distension vésiculaire avec signes biologiques d'ictère rétentionnel, soit d'un ictère passager et même d'un subictère apparaissant dans le décours d'une crise douloureuse et régressant en 3 à 4 jours. Il semble que son rôle est beaucoup plus important dans les pancréatites secondaires à un obstacle oddien. Le tableau s'accompagne d'un clocher fébrile angiocholitique. Mais on rapporte des cas authentiques de pancréatites anictériques, même apyrétiques: tout se résume à un syndrome douloureux classique dont la succession des périodes douloureuses évoque les affections gastro-duodénales et particulièrement l'ulcère, d'autant plus que des hémorragies peuvent compléter le tableau.

D - Les troubles de la glyco-régulation:

Le diabète véritable, c'est-à-dire avec hyperglycémie à jeun et glycosurie, semble peu fréquent. Par contre, les hyperglycémies provoquées de type para-diabétique sont plus fréquentes (WARREN, 53 sur 160).

E - Les troubles dyspeptiques:

Sont fréquents et peu caractéristiques: nausées, vomissements, ils ne se voient que pendant les crises. De même, le ballonnement épigastrique avec éructations qui parfois soulagent la douleur.

F - Les troubles intestinaux:

Ils se résument à la stéatorrhée et à la diarrhée: selles volumineuses, molles, grisâtres, pâteuses. Cette stéatorrhée semble plus fréquente sur le plan microscopique (SARLES). Des malades signalent dans leur diarrhée la présence de "goutte d'huile" surnageant au-dessus des matières. Ceci témoigne de l'insuffisance pancréatique externe, en particulier du défaut de l'activité lipasique.

G - Les signes généraux:

Outre l'amaigrissement, il est fréquent de noter une asthénie importante.

La fièvre est plutôt rare.

-:-

EXAMEN CLINIQUE

-:-

Il est pauvre et souvent décevant. La douleur provoquée est retrouvée en des lieux divers: zone de Chauffard, surtout régio sous-costale gauche; la douleur provoquée à ce niveau réalise le signe de Mallet-Guy. La constatation d'une tuméfaction pancréatique est exceptionnelle, liée alors à un faux kyste du pancréas. La constatation d'une grosse rate est également rare. Pour LEGER, il existerait une morphologie spéciale des malades atteints de pancréatites chroniques.

EVOLUTION:

Elle peut se résumer (SARLES):

- crises douloureuses intenses, d'abord espacées, puis se rapprochant, devenant parfois quotidiennes.
- crises quotidiennes d'emblée.
- crises espacées se raréfiant.
- évolution sans douleur jusqu'à l'apparition d'une complication.

COMPLICATIONS

On élimine d'emblée de ce cadre le diabète et la stéatorrhée qui sont plus des signes que des complications.

1° - Les formations kystiques

Elles semblent relativement fréquentes (17/90)(BERMAN). Ce sont le plus souvent de faux kystes et il faut distinguer:

- les pseudo-kystes canalaires par rétantion que l'on appelle habituellement hydro-pancréatose par analogie à l'hydro-néphrose. On les classe en dilatations kystiques du canal de Wirsung lui-même, dilatations des canaux interlobulaires et dilatations globales qui, seules, pour LEGER, méritent la dénomination d'hydro-pancréatose. Dans la plupart des cas, seule la pancréatographie per-opératoire permet le diagnostic.
- les pseudo-kystes post-nécrotiques qui représentent l'aboutissement d'une poussée subaïguë de pancréatites nécrotiques. Ils peuvent devenir très volumineux, être palpables, entraîner des compressions.
- les abcès pancréatiques peuvent venir compliquer l'évolution habituellement très lente de ces faux kystes.

2° - Les complications hépathiques

Elles sont exceptionnelles. L'anatomie pathologique montre parfois une stéatose. Les cirrhoses sont exceptionnelles, malgré le rôle étiologique de l'alcool. Tout se passe comme s'il existait un véritable balancement entre le foie et le pancréas.

3° - Les accidents hémorragiques

Ils ne sont pas rares (5,6 % VACHON et ROMIER). SARLES rapporte 4 cas sur 31 malades. Leur type clinique est variable: il existe d'exceptionnelles ruptures spléniques (GERDNER, PRESTON). Le plus souvent, il s'agit de poelena ou d'hématémèse: ces hémorragies ont tendance à récidiver. LEGER et LATASTE ont établi leur mécanisme:

- Local: c'est la lithiase migratrice érodant une artère intra-pancréatique.

- Régional: le plus souvent liée à une atteinte de la veine splénique dont on connaît la situation sus et rétro-pancréatique, qu'elle soit comprimée par un noyau de pancréatite et engainée par la péripancréatite, ou siège d'une thrombose. Il en résulte une hypertension portale segmentaire, d'où varices oesophagiennes, et des veines de la grosse tubérosité avec parfois même stase mésentérique inférieure. C'est ici le triomphe de la spléno-portographie.

- Humoral: par action antiprothrombine de la trypsine.

- Une gastro-duodénite de voisinage ou un ulcère associé peuvent être responsables, ce qui amène à poser le problème des relations ulcère et pancréatite chronique.

-:-

ETIOLOGIE

-:-

RELATIONS ENTRE ULCERE DIGESTIF ET PANCREATITE CHRONIQUE

Elles ont été remarquablement étudiées par LEGER, KOBEL et CALES: par C. PASCUAL, par POTH et coll. Le rétentissement pancréatique des ulcères est bien connu, surtout pour ceux de la face postérieure. De même sont classiques les aspects pseudo-ulcéreux des pancréatites chroniques tant sur le plan clinique que radiologique. Mais il existe d'indiscutables associations ulcère-pancréas: ulcère souvent géant, mieux expliqué depuis que l'on connaît le syndrome de Zollinger-Ellison; il faut également insister sur l'association d'ulcère peptique lié pour LEGER aux opérations de dérivation intestinale auxquelles conduisent les accidents de sténose pylorique en relation avec une pancréatite; de même sont bien connues les pancréatites après gastrectomies.

PANCREATITE CHRONIQUE ET LITHIASE BILIAIRE:

Cette association semble être la plus fréquente: 7,5 % dans la lithiase vésiculaire, 36 % dans la lithiase cholédocienne (VACHON) et une plus grande fréquence encore dans la lithiase de l'ampoule de Vater (39 % MALLET-GUY). D'autres lésions vatériennes, tumeurs bénignes ou malignes de l'ampoule, sont capables

de provoquer une pancréatite par le mécanisme de stase en amont. Dans certains cas, l'affection biliaire domine nettement le tableau clinique, la douleur pancréatique manque alors et c'est en opérant une lithiase vésiculaire ou cholédocienne que le chirurgien découvre des lésions de pancréatite. On explique cette atteint par la propagation de l'infection biliaire au pancréas.

PANCREATITE CHRONIQUE ET CIRRHOSE DU FOIE:

Il n'est pas rare de découvrir à l'autopsie des malades décédés de cirrhose alcoolique un pancréas induré présentant des lésions histologiques de sclérose. Mais la fréquence de cette association est diversement appréciée. De même, dans l'hémachromatose, l'atteinte pancréatique associant la surcharge pigmentaire ferrique à une réaction fibreuse plus ou moins importante est habituelle.

Comme autres PANCREATITES SECONDAIRES:

Citons avec H. SARLES, celles survenues et provoquées par les infections: tuberculeuses, syphilitiques, ourliennes; mais ce sont là des causes rares.

Par opposition, H. SARLES distingue les PANCREATITES PRIMITIVES de l'adulte, CALCIFIANTES, familiales, où des facteurs nutritionnels, en particulier alcooliques, jouent un rôle

primordial. Pour MERCADIER, VAYRE, des pancréatites avec ou sans calcification peuvent succéder à une pancréatite aiguë. Alors que L. LEGER pense qu'elles sont même une pancréatite aiguë "a minima", évoluant sur un monde subaigu, et qui, à la longue, au cours des poussées successives, entrainera la sclérose du parenchyme. On voit donc que les opinions des auteurs sont très divisées sur le problème de classification et d'étio-pathogénie.

-:-

LES EXAMENS COMPLEMENTAIRES
DANS LES PANCREATITES CHRONIQUES

-:-

L'EXAMEN BARYTE GASTRO-DUODENAL

Le malade est souvent porteur d'un volumineux dossier radioligique. De nombreux examens ont été pratiqués, en particulier dans le but de rechercher un éventuel ulcère gastro-duodénal. Il est intéressant de noter le rétentissement de la pancréatite sur le cadre duodénal:

- un élargissement du cadre,
- aspect filiforme du duodénum,
- aspect simplement déroulé réalisant une ovalisation du cadre,
- surtout les empreintes pancréatiques peuvent réaliser des déformations bulbaires, d'interprétation difficile, avec un uléus duodénal souvent incriminé.

Enfin, on peut noter de véritables aspects de sténose avec excentration du pylore, ca qui est loin de simplifier le diagnostic. Mais il faut souligner ici que l'élargissement du cadre doit être interprété avec prudence: d'abord penser que le cancer du pancréas (de la tête) peut le réaliser; mais, dans ce cas, les signes de compression duodénale et gastrique sont plus mar-

qués, en particulier cadre réfoulé excentriquement, les petites altérations du bord interne de la deuxième portion duodénale; image de double contour, rabotage du bord interne, image en forme de 3 renverse en face de l'ampoule de Vater.

On recherche, bien entendu, toujours d'éventuelles calcification du pancréas, en général évidentes, sur un film simple, sans préparation. L'aspect de ces calcifications est variable: soit grains fins en corymbes, soit opacités plus grosses micro-aérolaires de la taille d'un grain de café, qui siègent dans des canaux plus volumineux et dessinant volontiers le Wirsung. La découverte de ces calcifications permet d'assurer le diagnostic de pancréatite chronique.

EXPLORATION RADIOLOGIQUE DES VOIES BILIAIRES

La cholécystographie, après repas de Boyden, est souvent suffisante. La cholangiographie intraveineuse donne en général des images plus interprétables. Le plus souvent, ces clichés montrent une grosse vésicule à évacuation retardée. L'attention doit se reporter sur l'étude du canal du cholédoque. CAROLI décrit l'aspect le plus intéressant comme celui consistant en un rétrécissement de tout le cholédoque rétro-pancréatique, aboutissant à une papille béante et surmontée par une voie biliaire principale plus ou moins dilatée. Il ne faut tenir compte que des déformations indiscutables sur des clichés très nets. De toute

façon, la CHOLANGIOGRAPHIE per-opératoire, en donnant une idée parfaite de la morphologie des voies biliaires, lèvera les doutes qui pourraient subsister et affirmera le diagnostic. On peut trouver des déformations à type de rétrecissement annulaire, de compression latérale d'un de ces bords du cholédoque, formant une image de lacune ou de refoulement en lame de sabre par un kyste.

SPLENO-PORTOGRAPHIE

La spléno-portographie, sans danger si elle est pratiquée par des opérateurs entrainés, toujours précédée d'une prise de la pression, s'est révélée d'un intérêt très grande pour la pathologie pancréatique. Dans l'ensemble, la pression portale est le plus souvent comprise entre quinze et vingt centimètres. La spléno-portographie permet l'étude morphologique de l'axe spléno-portal souvent altéré. Les différentes anomalies constatées au cours des pancréatites chroniques semblent vraisemblablement en rapport avec une simple compression ou une thrombose. Cette exploration est donc susceptible d'aider au diagnostic de la lésion pancréatique, de préciser son siège et l'importance de son retentissement sur l'axe spléno-portal; elle a, en outre, l'intérêt de guider le chirurgien, dans une certaine mesure, dans le choix de sa technique (L. LEGER) HEPP et MOREAUX préfèrent l'ARTERIOGRAPHIE COELIQUE sélective.

LA PANCREATOGRAPHIE

C'est l'examen capital de la chirurgie pancréatique permettant de visualiser les voies excrétrices; elle a éclairé d'un jour nouveau la physio-pathologie du pancréas. Cet examen est indispensable pour guider en toute logique la technique opératoire. Il sera, avec avantage, précédé d'une mesure de la pression du suc pancréatique, en mésurant la hauteur de la colonne liquidienne s'élevant dans le tube de polythène servant au cathétérisme. La méthode utilisée le plus souvent est la pancréatographie ascendante ou rétrograde (Congrès de Genève, 1953). On obtient l'image caractéristique, polymaculaire, réalisée par l'opacification d'une partie assez limitée de la glande, en nappe homogène, formée par la juxtaposition de taches qui laissent entre elles des zones plus claires réalisant un aspect moucheté".

Le canal de Wirsung n'est souvent que visible. Il peut être masqué par l'image maculaire, soit non injecté. Ailleurs, il peut être injecté, mais irrégulier, avec des contours faiblement ondulés, réalisant un aspect de dilatations monoliformes. Dans d'autres cas, il peut être plicaturé, réalisant un aspect en hameçon. Dans l'ensemble, c'est l'association de déformations de Wirsung et de la dilatation de ses affluents qui est caractéristique de la pancréatite chronique. Mais il reste que le diagnostic entre cancer et pancréatite chronique est souvent difficile par cette méthode.

STRATIGRAPHIE AXIALE

C'est en somme une tomographie du pancréas isolé des organes voisins par rétro-pneumopéritoine et insuflation gastrique LEVRAT et BRET, MALLET-GUY ont montré l'intérêt de la méthode qui apporte un argument au diagnostic des affections pancréatiques en objectivant les variations morphologiques de l'organe. Ce procédé permet habituellement d'affirmer le diagnostic de cancer devant une hypertrophie limitée et volumineuse (LEVRAT, BRET) ou de suspecter un pseudi-kyste, alors que le diagnostic de pancréatite ne pourra pas être soulevé. Une hypertrophie diffuse modérée peut n'être pas pathologique: il pourrait ne s'agir que d'un gros pancréas normal; cependant elle est liée, en général, à une pancréatite, plus rarement à un cancer du pancréas (MALLET-GUY, LEVRAT, BRET).

Au total, c'est une méthode de grand intérêt, mais ce n'est pas une technique de routine; elle est réservée aux cas rares, dans lesquels l'absence de calcifications ou de déformations gastro-duodénales évidentes sur examen bien fait ne permet pas le diagnostic; enfin rappelons comme autres causes d'erreur: mauvais décollement du rétro-pneumopéritoine, surcharge adipeuse rétro-pancréatique chez un obèse (P. MALLET-GUY).

LES EXAMENS DE LABORATOIRE

Ils ne présentent qu'un intérêt relativement modéré pour le

diagnostic des pancrétites chroniques. Les chiffres de l'amylacémie et de l'amylasurie sont constamment élevés et souvent de façon importante. Il ne s'agit peut-être là que d'un élément d'appoint, mais il est intéressant de noter la diminution du taux de l'amylacémie, après intervention.

Par contre, pour HOWART H. T., dans les Journées de Gastro-Entérologie 1965, ce dosage des amylases ainsi d'ailleurs que de la lipase ne donne des chiffres intéressants, élevés, qu'après stimulation du pancréas par la sécrétine, alors que chez le sujet normal les enzymes ne s'élèvent que de façon négligeable dans les 6 heures qui suivent la stimulation. L'étude du liquide recueilli par tubage duodénal serait alors plus intéressante; elle consiste à mésurer le volume et la composition du liquide pancrétique après stimulation du pancréas par la sécrétine; on observe, dans les pancréatites chroniques, une diminution du volume et de la concentration des bicarbonates après sécrétine.

Un élément intéressant est l'étude de la digestion pancréatique:

- On pratique l'examen microscopique des selles en vue de l'identification des fibres musculaires, de goutelettes de graisses neutres, d'acides gras et de savons, et le dosage des graisses et des protides. La constatation d'une stéatorrhée et d'une créatorrhée constituera un appoint précieux pour le diagnostic.

- Le transit lipido-baryté de Vater: après un régime strict

délipidé de trois jours, l'ingestion d'un mélange de sulfate de baryum et d'huile d'olive (SO_4Ba: 130 g. - huile d'olive: 50 ml (45 g.) - sels biliaires: 1 g. - eau: 250 ml.) le sulfate de baryum servant d'indicateur du transit et de référence pour exprimer les résultats. Dans un deuxième temps, on fait le dosage fractionné, dans les selles barytées, des graisses neutres. Le transit lipidique, grâce à la comparaison de deux chiffres, à savoir les quantités de lipides par rapport à 100 g. de sulfate de baryum dans la bouillie ingérée et la selle barytée, aboutit à un coefficient d'absorption ou d'utilisation digestive (C.U.D.) caractéristique du malade examiné. L'épreuve est considérée comme positive quand le coefficient d'absorption est inférieur à 80 %.

- L'épreuve à l'huile iodée de TREMOLIERES, qui consiste en l'absorption de 5 capsules de lipiodol renfermant 1 g. d'iode, puis un dosage de l'iodurie de 24 heures. Chez les sujets normaux, on trouve 50 % au moins de l'iode ingéré; en cas de référence déficience lipasique, l'élimination iodée est très réduite. C'est là une méthode simple, rapide, bien acceptée par le malade.

- L'étude de l'absorption des substances marquées, en l'occurence la trioléine et l'acide oléique marqué à l'iode 131: on administre au malade le matin à jeun 25 microcuries d'iode 131 dans 0,5 ml/kg de poids d'huile d'arachide ou d'huile d'olive, le tout émulsionné dans de l'eau avec 2 ml de Twen. En cas d'insuffisance pancréatique, on aura, avec la trioléine, une diminution de la radio-activité sanguine par rapport aux sujets normaux sur

des échantillons de sang recueilli à la 4e, 5e, 6e heure, soit un chiffre inférieur à 10 % de la dose administrée et des déperditions fécales plus élevées, soit un chiffre supérieur à 5 %. Ce test nécessite un outillage complexe qui en limite l'emploi.

Ces différentes tests de digestion pancréatique apprécient en définitive sur le plan de la pathologie la malabsorption intestinale; leurs résultats sont l'aboutissement des actions combinées du pancréas, mais aussi de la bile, et surtout de la capacité de résorption de la muqueuse intestinale.

Enfin rappelons, comme il a été dit au début, l'intérêt et la valeur d'orientation d'une hyperglycémie provoquée avec sa flèche paradiabétique.

-:-

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

-:-

A - LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

Nous ne ferons que schematiser rapidement les méthodes et les indications, renvoyant aux travaux de SARLES, DOUBILET, CATTEL et HEPP.

1° - Les méthodes

Elles sont fort nombreuses et nous ne ferons que les énumérer:

- Méthode à visée étio-pathogénique;

Cherchant à supprimer la sécrétion pancréatique, soit:

. une vagotomie: bien que celle-ci ait donné quelques résultats satisfaisants à certains auteurs qui l'associent à une gastro-entérostomie, nous ne pensons pas que la solution du problème thérapeutique se trouve dans l'énervation fonctionnelle du pancréas, pour la simple raison que le mécanisme de la sécrétion pancréatique est complexe et qu'il ne dépend pas seulement d'incitation nerveuse.

. Interventions sur le sympathique: celles-ci sont plus efficaces, interropant l'arc réflexe vasomoteur, ce qui a

notamment une action antalgique (MALLET-GUY): sympathéctomie thoraco-lombaire, ablation des semi-lunaires.

. D'autres méthodes cherchent à supprimer le reflux biliaire: dérivation biliaire interne ou sphinctérotomie (DOUBILET et MUHOLLAND).

- Méthode à visée symptomatique:

Il existe un obstacle cholédocien, il faut faire une dérivation bilio-digestive, le plus souvent cholédoco-jéjunale sur anse en Y. L'obstacle sur la voie excrétrice amène à la dérivation pancréatique: drainage canaliculaire par drain, mais c'est surtout la dérivation interne qui est de plus en plus utilisée: wirsungo-jéjunostomie sur anse en Y, ou pancréatico-jéjunostomie termino-terminale (DUVAL, LEGER) qui nécessite le sacrifice du segment gauche du pancréas, LEGER a l'habitude d'associer d'emblée une splénectomie, d'autant plus volontiers qu'il existe souvent une hypertension portale.

- l'ablation des calculs:

Peut se faire soit par voie transphinctérienne, soit par wirsungotomie. Les calculs juxta-duodénaux sont accessibles par voie transampullaire; les calculs situés à distance du confluent bilio-pancréatique ne peuvent être abordés que directement.

- Les exérèses pancréatiques:

Pancréatectomie gauche, réalisée pour la première fois par MALLET-GUY, utilisée lors des localisations gauches (ou lors d'une dérivation); duodéno-pancréatoctomie droite (GATTEL,

WARREN), qui reste une opération majeure et délicate, dans le cas des pancréatites droites.

2° - Les indications

Elles peuvent se résumer de façon simple (SARLES et MERCADIER)

- La lithotomie doit toujours être entreprise lorsqu'il n'existe que peu de calculs, d'abord facile.

- Les pancréatites à prédominance gauche relèvent de l'amputation distale du parenchyme.

- Les pancréatites céphaliques ou diffuses avec distensions canaliculaires méritent la dérivation pancréatique interne, soit par wirsungo-jéjunostomie latéro-latérale sur anse en Y, soit par pancréatico-jéjunostomie (LEGER).

- Le pancréatites céphaliques ou diffuses sans distension relèvent soit de l'exérèse du segment le plus atteint, soit des opérations antalgiques.

- Les altérations biliaires d'accompagnement doivent faire l'objet d'un traitement approprié le plus souvent par dérivation interne.

B - LE TRAITEMENT MEDICAL

Il doit être essayé et comporte plusieurs facteurs.

1° - La diététique

Elles a plusieurs buts. Avant tout, la suppression totale et radicale de l'alcool, dont nous avons vu le rôle étiologique probable et d'autre part le rôle déclenchant de la crise douloureuse. Il faut ensuite compenser l'insuffisance pancréatique liée au déficit de la sécrétion externe.

On peut proposer la conduite diététique suivante:

- suppression de toute boisson alcoolisée.

- régime hyperprotidique: la ration doit être le double de la normale (LESKI) les protéines étant fournies par la viande, le lait écrémé, le poisson et les fromages maigres. Il ne faut pas non plus négliger l'apport protéique du pain, des pâtes et des pommes de terre. Les viandes à éviter sont le porc et les viandes grasses; les autres seront bouillies, grillées ou rôties. Les poissons gras sont proscrits: maquereau, hareng et thon; interdire également sardines et thon en conserves.

- Régime hypolipidique: la ration tolérée est de 15 à 20 g. par jour sous forme de beurre cru, proscrivant l'huile et les graisses, la charcuterie. Les légumes doivent être cuits à l'eau ou à la vapeur et le beurre cru ajouté au dernier moment.

- Régime contrôlé en glucides; il dépend évidemment de l'existence et de l'importance d'un diabète. On évitera les glucides à absorption rapide (sucre et confitures).

- La ration calorique: comme le sujet est amaigri, elle sera hyper.

- Mais dans cette diététique, il faut tenir compte de la psychologie du malade, ne pas être trop strict ni trop rigide car on risque alors d'entraîner une inappétence qui va venir majorer la déperdition et l'amaigrissement.

2° - Le traitement de l'insuffisance pancréatique externe

- La sécrétine:

Les préparations sont variables dans leur pureté d'un laboratoire à l'autre. De toute façon, l'action thérapeutique ne semble pas considérable; on l'associe souvent aux extraits thérapeutiques.

- Les extraits pancréatiques

Là encore, les résultats sont variables selon le produit utilisé. Les auteurs américains, avec de fortes doses (6-8 g.) par jour, ont obtenu une disparition de la stéatorrhée. SARLES, sur 10 cas, a eu de bons effets non seuelement sur la digestion des graisses mais aussi sur les autres signes de la maladie: douleur, inappétence, amaigrissement.

- Les corticoïdes:

Doivent être proscrits en raison du diabète qu'ils peuvent déclencher mais aussi à cause de leur rôle étiologique possible dans le déclenchement des pancréatites (OPPENHEIMER).

3° - Le traitement médical de la douleur

La douleur est souvent tellement intense qu'on est amené à

utiliser des stupéfiants: la morphine est généralement de toxicomanie, de même le R. 875. Pour BARTHOLOMEW, les tranquillisants potentialisent l'effet des analgésiques non stupéfiants. Les antispasmodiques ont une action variable. On peut également utiliser l'infiltration du ou des splanchniques à la xylocaïne.

Enfin récemment, WARTER, WEIL et SIMLER ont signalé la remarquable action antalgique du rétro-pneumopéritoine. Sur 6 cas, il y a eu 5 fois une sédation de la douleur immédiate, la durée de l'amélioration a été variable (de 18 mois à une semaine)

4° - Le diabète

Est facilement contrôlé par le traitement classique.

5° - Le traitement des poussées

On a proposé les anti-enzymes, soit le C.Y. 66 (Iniprol) soit le 9921 R.P. (Zymofren). Ils ne sont à utiliser que lorsqu'il existe une amylasémie et une amylasurie élevées. La dose semble être: pour le C.Y. 66: 200.000 unités par voie I.V. matin et soir le premier jour, puis 200.000 unités les autres jours; pour le 9921 R.P., 5000 à 15.000 unités par voie I.V. par jour.

AU TOTAL, un traitement médical bien conduit amène une disparition de la douleur, une reprise du poids, une modification bienfaisante de la psychologie de ces malades.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Après avoir rapporté 4 cas, nous avons rappelé quelques notions générales de la pancréatite chronique. Le problème le plus important à résoudre demeure d'ordre thérapeutique et nous en ferons notre conclusion à cette brève et modeste étude.

Faut-il opérer toutes les pancréatites chroniques? Logiquement, oui:

- parce que l'on ne reconnaît la maladie qu'à un stade chirurgical: douleurs violentes, hémorragies digestives, ictère rétentionnel;

- surtout parce que le bilan précis des lésions par le palper et la vue de la glande et des organes voisins, par la radio-manométrie biliaire et wirsungienne, ne peut être fait qu'au cours d'une exploration per-opératoire;

- et enfin parce qu'on ne doit pas passer à coté d'une lésion, sinon déclenchante du moins aggravante.

Le premier temps de l'intervention est donc une exploration minutieuse de tout l'étage sus-mésocolique, au terme de laquelle on pourra souvent pratiquer une intervention satisfaisante:

- soit d'exérèse pour une lésion limitée à la partie gauche du pancréas,

- soit de drainage de Wirsung pour des images de stase avec hyperpression,

- soit une pancréato-lithotomie,

- soit le drainage d'une formation kystique,

- soit surtout les interventions sur la voie biliaire ou la rate.

Mais, dans un grand nombre de cas, on trouve une pancréatite chronique manifeste, intense, avec un Wirsung normal et des pressions de passage duodénal normales; la plupart des auteurs préconisent un traitement médical prolongé, à base d'antalgiques, d'antispasmodiques et de frments pancréatiques.

Si les lésions prédominent sur la tête, on peut pratiquer une pancréatoctomie gauche, ou bien - et c'est la seule possibilité dans les LESIONS DIFFUSES - on se rabattra sur les neuroctomies.

Ajoutons, nous référant aux récents travaux des JOURNEES FRANCAISES DE GASTRO-ENTEROLOGIE, dans leur séance du 9-10 Octobre 1965, les précisions suivantes, concernant les indications opératoires et les techniques:

- quand les lésions pancréatiques sont provoqués par un obsta-

cle canalaire, créant une stase en amont - (calcul enclavé, cicatrice de pancréatite aiguë de la tête, compression par un kyste, malformation congénitale), les auteurs sont unanimes à reconnaître le succès des anastomoses, permettant la dérivation du flux pancréatique.

- Les dérivations wirsungiennes d'aval (sphinctérotomie, forage, drainage) ne semblent indiquées que dans le cas où il y a obstacle dans le Wirsung.

- Dans les cas où aucun obstacle n'est mis en évidence, trois type d'interventions sont possibles: la neurectomie, les anastomoses et l'exérèse; la neurectomie, entre les mains de MALLET-GUY, donne de bons résultats, comme d'ailleurs nous l'avons déjà signalé dans cette étude: par contre, la faveur des anastomoses a plutôt tendance à diminuer, leurs résultats étant provisoires; de toute façon, elles nous ont paru très délicates dans cette étude; quant aux exérèses du segment malade, elles semblent plus souvent utilisées actuellement, mais elles restent une chirurgie difficile, surtout la pancréatectomie droite, comme le montre aussi cette étude; quand les lésions ne sont pas bien limitées, le problème est délicat. Il apparaît ainsi que le traitement chirurgical ne résume pas tout le problème: c'est pourquoi certains auteurs n'opèrent pas tôt et préfèrent attendre et instituer un traitement médical le plus longtemps possible. Dans tous les cas, le traitement diététique sera indiqué afin que ces malades ne sombrent pas dans la cachexie, et chez les malades qui continuent à souffrir malgré

un bon drainage de leur Wirsung et des interventions sympathiques, on essaiera de trouver par les infiltrations novocaïniques une indication à une opération sympathique complémentaire, sinon le malade risque d'être entraîné à la toxicomanie.

-:-

Vu:

Le Président:

Signé: L. LEGER

Vu:

Le Doyen:

Signé: G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer:

Le Recteur de l'Académie de Paris:

Signé: Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

-:-

CORNET A.

Lithiase pancréatique, Sem. des Hôp. 6.I.49.

CONFRONTATIONS THERAPEUTIQUES DE L'HOPITAL NECKER

Pancréatite chronique, Presse méd. 15.XI.58.

DEBRAY Ch. LE CANUET R. ROUX M.

Les signes radiologiques indirects des pancréatites chroniques. Semaine des Hôpitaux 20.I.58.

GARBAY M.

Les pancréatites chroniques. Annales de Chirurgie, Avril 1962.

HEPP J. TOURNEUR R. MOREAUX J.

Les lésions anatomiques du pancréas confrontées avec les données de la pancréatographie dans les pancréatites aiguës calcifiantes. Presse Médicale, 24.VI.59.

HEPP J. et MOREAUX J.

Document sur les pancréatites avec calcification Archives Ma:. App.Dig. Octobre 1958.

JUSTIN-BESANCON, LAMOTTE L., BARILLON, GRIVAUX, COLOMB,

Pancréatite, diabète et sténose hépatique.

Semaine des Hôpitaux, 12.III.62.

LATASTE J., DOCQUIER (Paris)

Lithiase biliaire et pancréatite chronique. Presse Méd. 21.II.62 p. 2413.

LEGER L., DETRIE Ph., CONTE M.

Les formes peu douloureuses, voire indolores des pancréatites chroniques chirurgicales. Presse Médicale, 26.X.60.

LEGER L.

Pancréatite chronique et ulcère gastro-duodénal Archives app. dig. Janvier 1960.

LEGER L., PREMONT M., BENSAMEL M.

Ascite et pancréatite chronique. Presse Méd. 21.II.62, p. 2391.

LEGER, CHICHE, FOURE, LEMAIGRE

Pancréatites chroniques et artérites. Presse Méd. 24.IV.63, p. 1017.

MERCADIER et SARLES

Pancréatites chroniques de l'adulte. Expansion scientifique française, 1960.

MERCADIER et HEPP J.

Radiologie dans les pancréatites chroniques. Annales de Chirurgie, Septembre 1956.

MERCADIER

Pancréatite chronique récidivante. Revue du Praticien, T.V. N° 23.

SARLES R., SARLES J.C., MURATOIRE R.

Les scléroses évolutives du pancréas sans calcification ni oddite. Presse Méd. 25.V.60.

VACHON A. et ROSNIER K.

Semaine des Hôpitaux 1957, N° 11, p. 642.

VASCHER G.

Hyperplasie adénomateuse dans les pancréatites chroniques. Thèse Paris, 1962.

LEVRAT, BRET.

Stratigraphie axiale transversale. Journal de Chirurgie, 1959.

MALLET-GUY et VACHON A.

Les pancréatites chroniques gauches. Expansion scientifique, 1945.

JOURNEES FRANCAISES DE GASTRO-ENTEROLOGIE des 9 et 10 Octobre 1965. Presse Médicale, 74, N° 30, 18.VI.66, p. 1611-1613.

-:-

TABLE DES MATIERES

-:-:-

pages.

Avant-propos..... 1

Observations..... 2

La douleur pancréatique..... 13

Clinique..... 18

Examen clinique..... 22

Etiologie..... 25

Les examens complémentaires..... 28

Considérations thérapeutiques..... 36

Conclusions..... 42

Bibliographie..... 46

-:-